

SAISINE DU CONSEIL MEDICAL

EMPLOYEUR :

- Nom de la collectivité ou l'établissement public :
- Adresse complète :
- Coordonnées de la personne en charge du dossier :
 - Nom :
 - N° Téléphone : • Adresse mail :

AGENT :

- Nom et prénom :
- Nom de naissance : • Date de naissance :
- Numéro de sécurité sociale :
- Adresse personnelle :
- N° Téléphone : • Adresse mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT FONCTIONNAIRE :

- Statut : ☐ Stagiaire ☐ Titulaire
- Affiliation : ☐ CNRACL ☐ IRCANTEC
- Date de stagiairisation :
- Date de titularisation :
- Date d'affiliation CNRACL :
- Date d'entrée dans la structure :
- Grade :
- Fonction :
- Durée de travail : ☐ Temps complet
 ☐ Temps partiel%
 ☐ Temps non completh/hebdo
- Si agent intercommunal, nom(s) collectivité(s) :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT CONTRACTUEL :

- Statut : ☐ Contractuel
- Date d'entrée dans la structure :
- Date de début de contrat :
- Grade de référence :
- Fonction :
- Durée de travail :
 - ☐ Temps complet
 - ☐ Temps partiel%
 - ☐ Temps non completh/hebdo

MEDECIN DU TRAVAIL :

- Nom :
- Adresse :
- Adresse mail :

MEDECIN TRAITANT :

- Nom :
- Adresse :

CONSEIL MEDICAL EN FORMATION RESTREINTE	<u>AVIS SUR L'OCTROI D'UN CONGE</u> CONGÉ DE LONGUE MALADIE (CLM) <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> ☐ Sur demande de l'agent ☐ Fractionné ☐ D'office <i>Au terme de la première année de CLM, et lorsque la pathologie ouvre droit au CLD, l'agent peut demander à être placé en CLD ou être maintenu en CLM. Il convient à l'employeur d'en informer l'agent.</i> CONGÉ DE LONGUE DURÉE (CLD) <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> ☐ Sur demande de l'agent ☐ Fractionné ☐ D'office CONGÉ DE GRAVE MALADIE (CGM) <i>(Stagiaire et Titulaire IRCANTEC - Contractuel)</i> ☐ Sur demande de l'agent ☐ Fractionné ☐ D'office ☐ CONGÉ POUR INFIRMITÉS DE GUERRE
	<u>AVIS SUR L'OCTROI ET LE RENOUVELLEMENT</u> DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ <i>(Titulaire CNRACL et IRCANTEC)</i> ☐ Octroi ☐ Renouvellement et avis sur l'aptitude aux fonctions CONGÉ SANS TRAITEMENT <i>(Stagiaire CNRACL et IRCANTEC)</i> ☐ Octroi ☐ Renouvellement et avis sur l'aptitude aux fonctions
	<u>REPRISE/REINTEGRATION</u> À L'EXPIRATION DES DROITS À CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ ☐ Congé de maladie ordinaire (CMO) <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> ☐ CLM <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> ☐ CLD <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> ☐ Congé de grave maladie <i>(Stagiaire et Titulaire IRCANTEC et Contractuel)</i> À L'ISSUE D'UNE PÉRIODE DE CLM / CLD / CGM ☐ Lorsque le fonctionnaire exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières <i>(à ce jour uniquement pour les pompiers stagiaires et titulaires CNRACL)</i> ☐ En cas de CLM / CGM / CLD d'office <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL)</i> À L'ISSUE D'UNE PÉRIODE DE : ☐ Disponibilité d'office pour raison de santé <i>(Titulaire CNRACL)</i> ☐ Congé sans traitement <i>(Stagiaire CNRACL et IRCANTEC)</i>
	☐ L'INAPTITUDE ET/OU LE RECLASSEMENT <i>(Titulaire CNRACL et IRCANTEC)</i> ☐ LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE <i>(Stagiaire CNRACL et titulaire IRCANTEC)</i>
	CONTESTATION D'UN AVIS MÉDICAL RENDU PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ <i>(Stagiaire et Titulaire CNRACL et IRCANTEC / Contractuel)</i> ☐ L'admission des candidats aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières ☐ L'octroi, le renouvellement d'un congé pour raison de santé ☐ La réintégration à l'issue d'un congé pour raison de santé ☐ Le bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique (TPT) ☐ L'examen médical de contrôle réalisé dans le cadre : ☐ CMO ☐ CLM/CLD/CGM ☐ CITIS ☐ Les cas d'invalidité ou d'infirmité du fonctionnaire, de son conjoint ou de son enfant

CONSEIL MEDICAL EN FORMATION PLENIERE	ACCIDENT DE SERVICE / TRAJET EN CAS DE DOUTE PAR L'EMPLOYEUR <i>(Stagiaire-Titulaire CNRACL)</i> ☐ L'IMPUTABILITÉ D'UN ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET ☐ L'IMPUTABILITÉ AU SERVICE D'UNE RECHUTE d'un accident de service ou de trajet
	MALADIE PROFESSIONNELLE OU D'ORIGINE PROFESSIONNELLE <i>(Stagiaire-Titulaire CNRACL)</i> ☐ LA RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE EN CAS DE DOUTE PAR L'EMPLOYEUR (maladie inscrite au tableau*) ☐ LA RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE (maladie inscrite au tableau* ne remplissant pas l'ensemble des conditions) ☐ LA RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE (hors tableau*) <i>* tableaux disponibles sur le site de l'INRS</i>
	ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE (ATI) <i>(Titulaire CNRACL)</i> L'ATTRIBUTION D'UNE ATI : ☐ Octroi sans contestation du taux d'IPP fixé par le médecin agréé ☐ Octroi avec contestation du taux d'IPP fixé par le médecin agréé LA RÉVISION DE L'ATI : ☐ Quinquennale ☐ Sur demande ☐ Nouvel évènement ☐ Radiation des cadres
	☐ RETRAITE POUR INVALIDITE <i>(Titulaire CNRACL)</i> ☐ ATTRIBUTION RENTE POUR INAPTITUDE PHYSIQUE <i>(Stagiaire licencié)</i>
	EXPOSÉ DES CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT À LA SAISINE / OBSERVATIONS QUESTIONS PRÉCISES POUR LESQUELLES L'EMPLOYEUR SOUHAITE OBTENIR UN AVIS :

RELEVÉ DES CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ DÉJÀ OBTENUS	
TYPE DE CONGÉS	DATES
☐ CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (période de congés déjà obtenue sur les douze derniers mois)	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ CONGÉ DE LONGUE MALADIE	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ CONGÉ DE LONGUE DURÉE	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ CONGÉ DE GRAVE MALADIE	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISON DE SANTÉ	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET Date accident : Date accident : Date accident :	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....
☐ MALADIE PROFESSIONNELLE Date déclaration : Date déclaration : Date déclaration :	Du.....au..... Du.....au..... Du.....au.....

Fait à, le

L'autorité territoriale,

Imprimé de saisine à transmettre OBLIGATOIREMENT dûment complété et accompagné des pièces constitutives du dossier. Les demandes sont à adresser directement à votre gestionnaire RH.

EN CAS DE DOSSIER INCOMPLÉT, CELUI-CI NE SERA PAS ÉTUDIÉ ET SERA RENVOYÉ POUR COMPLÉMENT.

PIECES A FOURNIR LORS DE LA SAISINE

FORMATION RESTREINTE	
OBJET DE LA SAISINE	PIECES A FOURNIR
Octroi d'un congé de longue maladie / grave maladie / longue durée	• Demande de l'agent + certificat médical ; • Copie des arrêts de travail ; • Copie de toute notification de la CPAM (pour agent affilié IRCANTEC).
Octroi D'OFFICE d'un CLM / CGM / CLD	• Rapport du médecin du travail obligatoire ; • Rapport hiérarchique.
Renouvellement D'OFFICE d'un CLM / CGM / CLD	• Rapport du médecin du travail obligatoire ; • Rapport hiérarchique ; • Arrêtés d'octroi et de prolongation du CLM / CGM / CLD d'office ; • Avis du médecin agréé (si réalisé).
Octroi et renouvellement en disponibilité d'office pour raison de santé (ou congé sans traitement)	• Certificat médical du médecin traitant (si réalisé) ; • Arrêtés (maladie et disponibilité) depuis le début des congés pour raison de santé ou arrêts de travail ; • Refus écrit de la PPR (si concerné) ; • Demande de reclassement par l'agent (si concerné).
Reprise / Réintégration à l'expiration des droits à congés pour raison de santé (12 mois CMO ou 3 ans CLM et CGM ou 5 ans CLD) ou à l'issue d'une période de CLM / CGM / CLD (uniquement dans certaines conditions), après une période de disponibilité d'office pour raison de santé	• Demande de l'agent (si concerné) ; • Fiche de poste de l'emploi occupé ; • Tous les éléments utiles émis par la CPAM (pour agent affilié IRCANTEC).
L'inaptitude et/ou le reclassement Le licenciement pour inaptitude physique	• Fiche de poste du dernier emploi occupé ; • Certificat de présomption d'inaptitude ; • Avis du médecin du travail (si concerné) ; • Fiche de poste de l'emploi proposé (si concerné) ; • Demande de l'agent (si concerné) ; • Tous les éléments utiles émis par la CPAM (pour agent affilié IRCANTEC).
Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé par l'employeur	• La note explicative des motifs de la contestation ; • Le rapport d'expertise contesté sous pli confidentiel ; • Tout élément venant infirmer l'avis contesté ; • Fiche de poste.
Contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé par l'agent	• Courrier comportant les motifs de la contestation ; • Tout élément venant infirmer l'avis contesté ; • Fiche de poste.
➔ L'ensemble des saisines peuvent être transmises avec des éléments médicaux utiles fournis par l'agent SOUS PLI CONFIDENTIEL. Exemple : certificat médical d'un médecin, compte rendu opératoire, etc... (cela peut permettre un traitement plus rapide du dossier).	

FORMATION PLENIERE

OBJET DE LA SAISINE	PIECES A FOURNIR
Imputabilité au titre d'un accident d'un service (<u>le conseil médical n'est pas sollicité si l'accident de service est directement reconnu par l'employeur</u>).	• Rapport hiérarchique indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident ; • Déclaration de l'accident faite par l'agent ; • Certificat médical initial décrivant les lésions ; • Copie de toutes pièces relatives à l'accident utiles à l'avis du conseil médical (études de poste, témoignages, rapports et constatations recueillis) ; • Enquête administrative (si réalisée) ; • Fiche de poste ; • Expertise d'un médecin agréé (si réalisée). • Les horaires de travail ; • Les procès-verbaux de la gendarmerie ou le rapport de Police, des pompiers, des urgences, etc. (si concerné) ;
Imputabilité au titre d'un accident de trajet (<u>le conseil médical n'est pas sollicité si l'accident de trajet est directement reconnu par l'employeur</u>).	• Rapport hiérarchique indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident ; • Déclaration de l'accident faite par l'agent ; • Certificat médical initial décrivant les lésions ; • Copie de toutes pièces relatives à l'accident utiles à l'avis du conseil médical (témoignages, rapports et constatations recueillis) ; • Plan précisant le trajet habituel et le lieu exact d'accident et la durée normalement nécessaire pour effectuer le trajet ; • Enquête administrative ou rapport hiérarchique (le cas échéant) ; • Fiche de poste ; • Expertise d'un médecin agréé (si réalisée) ; • Les horaires de travail ; • Les procès-verbaux de la gendarmerie ou le rapport de Police, des pompiers, des urgences, etc. (si concerné) ; • Dans le cas d'interruption ou de détour lors du trajet, des précisions sur les motivations de cette interruption.
Imputabilité au titre d'une maladie professionnelle, quel que soit le motif de saisine (<u>le conseil médical n'est pas sollicité si la maladie professionnelle est directement reconnue par l'employeur et qu'elle remplit les conditions d'un tableau du régime général - cf INRS</u>).	• Rapport hiérarchique indiquant les raisons pour lesquelles l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service de la MP ; • Certificat médical initial décrivant les lésions ; • Copie de la déclaration établie par l'agent ; • Rapport écrit du médecin du travail (si réalisé) ; • Expertise médicale complète que l'employeur aura diligentée, sous pli confidentiel ; • Copie de toutes pièces relatives à la maladie utiles à l'avis du conseil médical (études de poste, témoignages, rapports, etc.) ; • Documents médicaux transmis par l'agent sous pli confidentiel (si concerné) ; • Fiche de poste.
Retraite pour invalidité	• Expertise AF3 remplie par l'employeur et le médecin agréé, accompagné du rapport d'expertise (lien AF3) ; • Attestation de non-reclassement, uniquement pour les employeurs affiliés (lien attestation) ; • Décision de reconnaissance d'imputabilité AT/MP avec les expertises correspondantes (si concerné) ; • Décisions d'attribution de l'ATI (si concerné) ; • Demande de l'agent (si concerné).

Octroi ou révision de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)	• Courrier de l'agent demandant une ATI (sauf en cas de révision obligatoire) ; • Rapport médical du médecin agréé relative à la consolidation et taux d'IPP (lien rapport ATIACL) ; • Certificat médical final (si concerné) ; • Dossier administratif relatif à l'accident ou à la maladie si la formation plénière n'avait pas statué sur cet événement à l'origine (déclaration, CMI...) y compris pour les AT/MP antérieurs ; • Courrier de contestation de l'agent relatif au taux IPP (si concerné); En cas de révision : • Courrier de l'ATIACL de la dernière attribution de l'ATI (si concerné) ; • Courrier de l'ATIACL sollicitant la révision quinquennale (si concerné).
---	--

Afin de vous aider pour diligenter des expertises vous trouverez, [en cliquant ici](#), différents modèles de courrier.